……………………………………..

 Nazwa Wykonawcy

**FORMULARZ**

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**Urządzenia objętego częścią 1 zamówienia**

**Dostawa foteli wielofunkcyjnych do podawania cytostatyków– 15 sztuk**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ................................................

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

**Producent**: .........................................................

Urządzenie fabrycznie nowe, **rok produkcji 2025 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
|  | Sprzęt kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów | Tak |  |
|  | Fotel multi-funkcjonalny przeznaczony do podawania cytostatyków z elektryczną regulacją nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia Trendelenburga | Tak |  |
|  | Wymiary fotela:* minimalna długość leża: 2130 mm (+/-30mm)minimalna szerokość leża: 600 mm (+/- 30 mm)
 | Tak, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w przewodowy panel sterowania umożliwiający regulacje:* kąta nachylenia segmentu pleców,
* kąta nachylenia siedziska,
* wysokości,
* kąta nachylenia segmentu nożnego,
* położenia podnóżka,
* funkcji antyszokowa /Trendelenburga uzyskiwanej za pomocą jednego przycisku,
* pozycji fotelowej uzyskiwanej za pomocą jednego przycisku,
* pozycji horyzontalnej uzyskiwanej za pomocą jednego przycisku
 | Tak |  |
|  | Fotel wyposażony w panel sterowania z funkcjami:* zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem poprzez konieczność wciśnięcia przycisku aktywującego sterowanie,
* przycisk wyłączający sterowanie oznaczony np. STOP,
* sygnalizacja diodowa informująca o podłączeniu do sieci,
* osobna sygnalizacja diodowa ładowaniu akumulatora (fotel wyposażony w akumulator),
* przycisk blokujący panel sterowania
 | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: 550 mm do 950mm (+/-50mm)  | Tak, podać |  |
|  | Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 17 0 (± 5 0) do + 70 0 (± 5 0) uzyskiwaną za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego panelem centralnym | Tak, podać |  |
|  | Regulacja segmentu siedziska w zakresie: od 0 0 do -17 0 (+/- 5o) uzyskiwaną za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego panelem centralnym | Tak, podać |  |
|  | Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem (np. kolorem czerwonym) : -17 0 (± 5 0) uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych panelem centralnym | Tak, podać |  |
|  | Fotel przejezdny, koła z centralną blokadą. Koła tworzywowe o średnicy min. 150mm. Dźwignie blokady centralnej wyłącznie w narożnikach od strony pleców, umieszczone przy kołach | Tak, podać |  |
|  | Bezszwowa tapicerka wykonana ze skaju bez zawartości lateksu. Możliwość wyboru koloru tapicerki, min. 4 propozycje (podać). Segment nożny i siedziska tapicerowane jednoczęściowym pokryciem. Segment nożny wyposażony w tworzywowy podnóżek, regulowany elektrycznie. Możliwość elektrycznego przybliżenia lub oddalenia od pacjenta. Podnóżek z możliwością łatwego demontażu. Demontaż zabezpieczony poprzez dwie blokady, odbywa się bez użycia narzędzi. Blokady z kolorystyczną, graficzną informacją „Zablokowane/odblokowane” | Tak, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki | Tak |  |
|  | Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Tylna część segmentu osłonięta tworzywową pokrywą o gładkich powierzchniach. Leże oparte na dwóch kolumnach o przekroju koła | Tak |  |
|  | Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej – wykorzystanie fotela jako łóżko do krótkiego pobytu  | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* dwa tworzywowe, wytłoczone w listwie odbojowej uchwyty do prowadzenia fotela, zlokalizowane przy segmencie pleców
* podłokietniki posiadające metalowe uchwyty na pilot przewodowy
* osłona z PCV podłokietnika – 2 szt.
* zdejmowany stolik z oddzielnym uchwytem
 | Tak |  |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWIS** |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
|  | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
|  | Warunki gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

 …………………. …………………………….

(miejscowość i data) (podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)